

Dento +

Demande d'intervention financière

Cette demande d'intervention ne doit pas être utilisée pour les soins préventifs et curatifs remboursés par l'assurance obligatoire: Dento + rembourse automatiquement les tickets modérateurs de ces soins.

Cadre réservé à MC Assure

Droit au remboursement Dento solidaire Oui Non
Remboursement Dento solidaire : Oui Non
Plan de traitement accepté : Oui Non

À compléter par le bénéficiaire

Coller une vignette

Tél. ou GSM : _____

E-mail : _____

Ces soins sont-ils consécutifs à un accident ? Oui Non

Date de l'accident: ____ / ____ / ____

Y a-t-il intervention d'un autre assureur ? Oui Non Si oui, lequel ? _____

Je soussigné(e) déclare que les renseignements ci-dessus sont conformes à la réalité et je déclare avoir pris connaissance des clauses reprises ci-dessous.

Date : ____ / ____ / ____

Signature : _____

Clauses

J'accepte que la SMA MC ASSURE prenne directement contact avec la MC en vue d'optimiser mes remboursements sur la base des données qu'elle a reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire.

MC Assure ne transmettra pas mes données à des tiers sauf dans la mesure où cela s'avère nécessaire à la bonne exécution du contrat d'assurance et/ou en cas de subrogation dans le cadre d'un accident en application de l'article 95 de la loi relative aux assurances.

Conformément au Règlement européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGDP), mes données sont traitées par la MC. Pour la gestion de mon contrat d'assurance, elles sont traitées par MC ASSURE, qui agit en tant que responsable de traitement ainsi que par la MC qui agit en tant qu'intermédiaire d'assurances de cette dernière.

La politique en matière de vie privée est disponible sur mc.be/disclaimer ou sur simple demande.

MC ASSURE, Chaussée de Haecht 579 BP 40 à 1031 BRUXELLES, est la société mutualiste d'assurances de la Mutualité chrétienne (RPM Bruxelles, 0834.322.140) agréée sous le n° OCM 150/02 pour les branches 2 et 18 auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales des Mutualités.

La MC, dont le siège social est situé Chaussée de Haecht, 579 BP 40 à 1031 Bruxelles, est l'intermédiaire d'assurances de MC Assure.

Retrouvez tous les formulaires utiles sur mc.be/formulaires



À compléter par le prestataire

Nom et prénom du patient : _____

Type de soins	Type de prestation	N° de dent / quadrant	Type de prestation			Montant par type de prestation
			jour	mois	année	
			Pose de l'appareil :			Si paiement étalé, montant estimé du traitement global :
Orthodontie	<input type="checkbox"/> Traitement non remboursé par l'assurance obligatoire <input type="checkbox"/> Traitement remboursé par l'assurance obligatoire <input type="checkbox"/> Appareil de contention (en fin de traitement)					
Radiologie	<input type="checkbox"/> Radiographie 3D, Cone Beam avant implant					
Soins curatifs	<i>Non remboursés par l'assurance obligatoire :</i> <input type="checkbox"/> Extraction d'une incisive de lait (avant le 5 ^e anniversaire) <input type="checkbox"/> Extraction <input type="checkbox"/> Extraction par dent supplémentaire (même quadrant et séance) <input type="checkbox"/> Suture de plaie après extraction ou ablation, par dent <input type="checkbox"/> Suture par dent supplémentaire, dans le même quadrant <input type="checkbox"/> Extraction chirurgicale					
Prothèses amovibles	<i>Remboursées par l'assurance obligatoire :</i> <input type="checkbox"/> Prothèse supérieure : indiquer le code Inami <input type="checkbox"/> squelettique <input type="checkbox"/> renfort métallique (résine) <input type="checkbox"/> Prothèse inférieure : indiquer le code Inami <input type="checkbox"/> squelettique <input type="checkbox"/> renfort métallique (résine) <input type="checkbox"/> Pour réparation, adjonction, remplacement de base : indiquer le code Inami d'application					
	<i>Non remboursées par l'assurance obligatoire :</i> <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> squelettique <input type="checkbox"/> renfort métallique (résine) <input type="checkbox"/> Amovible sur implant <input type="checkbox"/> Réparation <input type="checkbox"/> Adjonction <input type="checkbox"/> Remplacement de base					
Prothèses fixes	<i>Non remboursées par l'assurance obligatoire :</i> <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Couronne <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Inlay/onlay <input type="checkbox"/> Abutment <input type="checkbox"/> Autres : _____					
Parodontologie	<i>Non remboursée par l'assurance obligatoire :</i> <input type="checkbox"/> Examen buccal <input type="checkbox"/> Détartrage sous-gingival <input type="checkbox"/> Chirurgie, greffe, comblement osseux <input type="checkbox"/> Sinus lift <input type="checkbox"/> Autres : _____					

En cas d'accident, un plan de traitement préalable est obligatoire pour les prestations notées en gras.

Le signataire atteste la véracité du contenu

Date : ____ / ____ / ____

Signature : _____

Cachet du prestataire (avec numéro Inami) :

EN SAVOIR PLUS ?

Appelez le **081 81 28 28** ou adressez-vous à votre conseiller via **mc.be/contact**

